

---

**S.R. DA SAÚDE**  
**Portaria n.º 69/2012 de 27 de Junho de 2012**

---

A implementação da prescrição eletrónica de meios complementares de diagnóstico e terapêutica é uma medida constante do Programa do X Governo dos Açores, que irá diminuir o risco de erro, promovendo o rigor na prescrição daqueles atos e proporcionar muito maior informação sobre todo o seu circuito, de forma transparente, desencorajando e combatendo a fraude.

Assim, manda o Governo Regional, pelo Secretário Regional da Saúde, de acordo com o estabelecido nas alíneas a) e d) do n.º 1 do artigo 90.º do Estatuto Político-Administrativo da Região Autónoma dos Açores, o seguinte:

Artigo 1.º

**Objeto**

1 - A partir de 15 de julho de 2012, a prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) cujos encargos devam ser suportados, no todo ou em parte, por verbas do Serviço Regional de Saúde (SRS) só pode ser feita através de documento eletrónico.

2 – Ficam obrigados ao regime da prescrição eletrónica de MCDT, a partir da data elencada no n.º1, as unidades de saúde do SRS e os serviços convencionados com este.

Artigo 2.º

**Aplicações informáticas**

A prescrição eletrónica de MCDT deve ser feita através de aplicações informáticas certificadas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS), e através de documento eletrónico, que estejam em conformidade com os requisitos e especificações técnicas estabelecidos pela ACSS., bem como com a tabela de MCDT convencionados no SRS.

Artigo 3.º

**Requisição de MCDT**

1 - A requisição de MCDT em documentos impressos por meios informáticos deve respeitar o formato do anexo I.

2 - A requisição manual de MCDT é de utilização excecional e apenas em caso de falência dos sistemas de informação que suportam a prescrição eletrónica, sendo feita no modelo de documento pré-impresso em cor verde, exclusivo da Imprensa Nacional Casa da Moeda, constante do anexo II, com aposição de vinheta, nos termos do Despacho n.º51/2012, de 18 de janeiro.

3 - As aplicações informáticas da ACSS, ou por ela certificadas, devem estar preparadas para garantir o cumprimento das requisições eletrónicas em todas as situações previstas no Despacho n.º 1023/2011, de 26 de setembro.

4 - Compete à Sudaçor, SA, em articulação com a ACSS a verificação da conformidade da situação de exceção, cabendo -lhe o dever de informação à entidade prescritora.

Artigo 4.º

**Entidades convencionadas**

As entidades convencionadas com o SRS para a prestação de serviços na área dos MCDT devem, obrigatoriamente, adaptar os seus sistemas informáticos para que a fatura mensal e respetivo detalhe a dirigir às unidades de saúde do SRS seja efetuada de modo eletrónico de acordo com as especificações disponíveis na página da Secretaria Regional da Saúde, no Portal do Governo dos Açores constante em [www.azores.gov.pt](http://www.azores.gov.pt).

Artigo 5.º

#### **Outras entidades**

As unidades privadas de saúde que prescrevam ou realizem MCDT, passíveis de reembolsos pelo SRS, estão obrigadas, a partir de 1 de setembro de 2012, ao regime de prescrição eletrónica de MCDT, bem como a adaptar os seus sistemas informáticos, nos mesmos moldes do artigo anterior.

Artigo 6.º

#### **Regras para emissão da requisição**

As regras para a emissão da requisição são divulgadas por circular normativa do departamento do governo competente em matéria de saúde.

Artigo 7.º

#### **Período de validade da requisição de MCDT**

A requisição de MCDT tem uma validade de 6 meses a contar da data de prescrição.

Artigo 8.º

#### **Norma transitória**

1 – A adaptação dos sistemas informáticos para disponibilização dos modelos previstos no anexo I, ocorre no prazo de noventa dias após a publicação da presente portaria.

2 – Até ao termo do prazo referido no número anterior, o disposto na presente portaria é aplicado de forma adaptada aos modelos constantes atualmente nas aplicações informáticas existentes.

3 – Até à disponibilização do modelo do anexo II, mantém-se em vigor os modelos pré-impressos contantes da Portaria nº 69/94, de 2 dezembro, nos quais deve constar a menção de “exceção”, nos termos do disposto do nº 2 do artigo 3º da presente portaria.

Artigo 9.º

#### **Entrada em vigor**

A presente portaria entra em vigor no dia 1 de julho de 2012.

Secretaria Regional da Saúde.

Assinada em 25 de junho de 2012.

O Secretário Regional da Saúde, *Miguel Fernandes Melo de Sousa Correia*.

**Anexo I**

**Documento impresso por meios informáticos**

 Instituto de Diagnóstico e Referencia Epidemiológica Diretoria Regional de Saúde Ceará Regional de Saúde		<b>MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO          ATOS TERAPÊUTICOS E CONSULTAS</b> Uso exclusivo do SRS		Código de Barras Requisição Nº _____	
Nome: _____ Nº Usuário: _____		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		ÁREA DE CONFERÊNCIA (não preencher)	
Entidade Resp. Nº Benef: _____ Código de Barras		<b>NATUREZA DAS PRESTAÇÕES</b> A ANÁLISES CLÍNICAS B ANATOMIA PATOLÓGICA C CARDIOLOGIA D MEDICINA NUCLEAR E ELEITROENCEFALOGRAFIA F ENDOSCOPIA GASTRO ENT G MEDICINA FÍSICA E REABILIT		H OTORRINOLARINGOLOGIA I PNEUMO E MIUNOLÓGIA J UROLOGIA K NEUROBIOLOGIA L RADIOLOGIA M CONSULTAS N PSICOLOGIA	
País: _____ Nº Doc: _____ Contato do médico / Especialidade		<b>TAXA MODERADORA</b> <input type="checkbox"/> ISENTO <input type="checkbox"/> NÃO ISENTO Verificado por computador		ENTIDADE PRESTADORA Carimbo Ass: _____ Data: ____/____/____	
<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO <input type="checkbox"/> URGENTE Justificação obrigatória do Domicílio e/ou Urgência: _____ ____/____/____ O Médico _____ NOME SOB URGÊNCIA		<b>INFO COMPLEMENTAR</b> DADOS CLÍNICOS EM ANEXO Terapêutica atual <input type="checkbox"/>		SESSÃO DE FISIOTERAPIA REALIZADA Nº: ____/____/____ Dia: ____/____/____	
<b>Médico Teste</b> Código de Barras		<b>VINHETAS</b> Unidade de Saúde Teste Código de Barras		Confirmação e Assinatura Responsável pela Unidade de Saúde	
<b>CÓDIGO</b>		<b>NOMENCLATURA</b>		<b>QUANTIDADE PRESCRITA</b>	
<b>PRODUTO A EXAMINAR</b>		<b>CÓDIGO</b>		<b>QUANTIDADE PRESCRITA</b>	
<b>PREÇO TOTAL</b>		<b>PREÇO PSQ</b>		<b>TX. MOD.</b>	
PROCEDIMENTOS EFETUADOS E NÃO PRESCRITOS					
NOMECLATURA		CÓDIGO		QUANTIDADE PRESCRITA	
PREÇO TOTAL		PREÇO PSQ		TX. MOD.	
Ass. Médico Examinante					
<b>MÉDICO PRESCRITOR</b> Data: ____/____/____ Assinatura: _____ Declaração do usuário Declaro que me foram efetuados os Exames / Tratamentos prescritos Assinatura do usuário: ____/____/____ Cód. Prof: _____		<b>TOTAL PRESTAÇÕES</b> C _____ <b>TAXAS MODERADORAS</b> C _____		<b>Domicílio</b> <input type="checkbox"/> URBANO <input type="checkbox"/> NÃO URBANO Localidade: _____	
 ACS Saneamento Saneamento Básico - empresa Certificada em 19/03/2010		<b>MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO          E TERAPÊUTICA (INCLUINDO CONSULTAS)</b>		Nº _____	
Nome: _____ VALOR DOS SERVIÇOS _____ VALOR POR EXTENSO _____		Carimbo Assinatura		_____	

**Anexo II**  
**Documento pré-impresso**



**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  
ATOS TERAPÉUTICOS E CONSULTAS**  
Uso exclusivo do SRG



104000001029200101

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

N.º Subscritor: \_\_\_\_\_ Entidade Responsável Subscritora: \_\_\_\_\_

N.º: \_\_\_\_\_ Natureza das Prestações: \_\_\_\_\_

M.º: \_\_\_\_\_ Taxa Moderadora: \_\_\_\_\_

Prof.º: \_\_\_\_\_

1.º Causa de admissão / Expirabilidade: \_\_\_\_\_

ISENTA  NÃO ISENTA

Justificação obrigatória do Domicílio em: \_\_\_\_\_

Méico: \_\_\_\_\_ O Inscrito: \_\_\_\_\_

ÁREA DE CONTABILIZAÇÃO (dele / prestador)

ENTIDADE PRESTADORA

Carimbo

Ass: \_\_\_\_\_

Data: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

SÉRIE DE FISIOTERAPIA REALIZADAS

Início: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

Fim: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

Vineta Médico prescritor

Vineta Unidade de saúde

Carimbo e assinatura (responsável pela unidade de saúde)

Ass: \_\_\_\_\_

CÓDIGO	NOMENCLATURA	QUANTIDADE PRESCRITA	PRODUTOS A EXAMINA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO UNIT. YR.C.O.	PREÇO TOTAL YR.C.O.

PROCEDIMENTOS EFECTUADOS E NÃO PRESCRITOS

NOMENCLATURA	CÓDIGO	QUANTIDADE PRESTADA	PREÇO UNIT. YR.C.O.	PREÇO TOTAL YR.C.O.

Vineta/Carimbo Médico Executante

MÉDICO PRESCRITOR: [ ][ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] Assinatura

DECLARO que me foram efectuados os Exames / Tratamentos prescritos

[ ][ ][ ][ ]/[ ][ ][ ][ ] Assinatura do utente

TOTAL PRESTAÇÕES: \_\_\_\_\_ TAXAS MODERADORAS: \_\_\_\_\_

DOMICÍLIO:  URBANO  NÃO URBANO

Localidade: \_\_\_\_\_



**MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO  
E TERAPÉUTICA (INCLUINDO CONSULTAS)**



104000001029200101

Nome: \_\_\_\_\_

VALOR DOS SERVIÇOS PRESTADOS: \_\_\_\_\_

VALOR POR ENTREGA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_